

UVID V BOLEZEN PRI BOLNIKIH S SHIZOFRENIJO

*Andrej Žmitek**

UVOD

Povezava med šibkim bolezenskim uvidom in shizofrenijo je znana vsaj od Bleuerjevih časov (1). V psihičnem statusu bolnika s shizofrenijo pogosto zapišemo: bolnik je neuvideven do svoje bolezni. To dejstvo jemljemo kot razumljivo samo po sebi. Običajno ne premišljujemo, kaj nam neuvidevnost sploh pomeni, kakšni so njeni vzroki, kakšen diagnostičen pomen ima in kako bo vplivala na nadaljnje medicinske postopke.

V zadnjih letih se je nabralo kar precej literature o bolezenskem uvidu pri bolnikih s shizofrenijo. Na tem področju, ki je bilo nekdanje pretežno domena psihoanalitikov, ima danes glavno besedo nevropsihologija. V tem sestavku bom skušal problem pomanjkljivega uvida v okviru shizofrenije obdelati z naslednjih vidikov: terminologija, načini merjenja, etiologija, pomen za prognozo, terapevtske možnosti, potrebe po nadaljnjem raziskovanju in pomen teh raziskav za klinično prakso.

TERMINOLOGIJA

Pomankljiv bolezenski uvid (poor insight) so opisovali z različnimi izrazi: zalitje (sealing over), obrambni mehanizmi zanikanja, reakcija umika, reakcija indiference, zunanja atribucija, nezavedanje bolezni (unawareness of illness) (1).

Poleg različnih poimenovanj so različni avtorji tudi na samo bistvo pomanjkljivega uvida gledali različno - glede na svojo osnovno orientacijo (psihoanalitiki, kognitivni psihologi, klinični psihiatri). Danes se večina avtorjev strinja, da bolezenski uvid ni enovita kategorija. Gre za kompleksen in multidimenzionalen koncept, ki vsebuje vsaj naslednje elemente: zavedanje prisotnosti posameznih znakov in simptomov, zavedanje bolezni kot celote, prepoznavanje posledic bolezni in prepoznavanje potrebe po zdravljenju.

* Prim. Andrej Žmitek, dr. med. Psihiatrična bolnišnica, 4275 Begunje na Gorenjskem

Posamezne dimenzije tega kompleksa so lahko različno izražene oziroma prizadete. Poleg te omenjajo še drugo delitev: zavedanje oziroma nezavedanje bolezni in njenih znakov, na drugi strani pa atribucija (pripisovanje) bolezni (1,2,3). Bolnik se namreč lahko zaveda posameznih znakov in simptomov ali tudi bolezni kot celote, vzrok pa pripiše na primer virusnemu obolenju, obsevanju s posebnimi aparati ali hipnotiziranju na daljavo.

NAČINI MERJENJA UVIDA

V starejših študijah zasledimo pretežno dihotočno ocenjevanje uvida (bolnik je-ni uvideven), ki temelji na nestrukturiranem intervjuju. Tak način sicer bolnika in raziskovalca ne omejuje, pač pa skoraj onemogoča posploševanje in primerjave z drugimi študijami (1). Zato v novejših študijah avtorji uporabljajo različne ocenske lestvice. Te so lahko napravljene posebej za ocenjevanje uvida, na primer Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder/SUMD (1, 4), Insight and Treatment Attitude Questionnaire/ITAQ (5) in Self Report Insight Scale/IS (6). Pogosto pa so v uporabi tudi posamezna vprašanja sicer kompleksnejših ocenskih lestvic, na primer postavka G12 lestvice PANSS - pomanjkanje presoje in uvida (3, 7, 8), ali vprašanje o uvidu v psihično simptomatiko iz lestvice Present State Examination (9). Takšen semi-kvantificiran pristop daje večjo možnost statistične obdelave in primerjave med posameznimi študijami. Nekateri merilni instrumenti kažejo dobre medsebojne korelacije, na primer SUMD in PANSS (7).

ETIOLOGIJA POMANJKANJA UVIDA

Navajajo štiri možne vzroke za pomanjkljiv uvid: sociokulturna razlika med bolnikom in zdravnikom, zavestno zavračanje ideje o duševni bolezni, nezavedno zavračanje (obrambni mehanizem zanikanja) in nevrolški oziroma nevropsihološki razlogi (1,2,3). V prvem primeru bolnik pri sebi sicer opaža simptomatiko, vendar jo zaradi svojih kulturnih značilnosti pripisuje na primer obsedenosti z duhovi ali neustreznim bioenergetskim tokovom. V drugem primeru se bolnik prav tako zaveda svoje spremenjenosti, vendar idejo o duševni bolezni zavestno zavrača, ker mu je prijetnejše (običajno veličinsko) psihotično stanje kot relativna normalnost, spremljana s stranskimi učinki zdravil. V preteklosti je imela največ zagovornikov teorija o neuvidevnosti kot obrambnem mehanizmu. Tu gre za domnevo, da je bolniku dejstvo o njegovi

duševni bolezni v nezavednem sicer dostopno, vendar mu je hkrati pretežko. Ego se bori proti nezaželenemu prepričanju in mu ne dovoli dostopa v zavest (10).

Nevropsihološko gledanje ima v zadnjih letih največ privrženecv. Izhaja iz treh ugotovitev (3):

1. Neuvidevnost bolnikov s shizofrenijo je podobna anosognoziji (agnoziji za bolezen) nevroloških bolnikov, ki jo najpogosteje opažajo pri okvari parietalnega dela desne hemisfere, na primer po možganski kapi.
2. Študije s faktorsko analizo so pokazale, da se pomanjkljiv uvid pogosto pojavlja skupaj s simptomatiko kognitivne okvare (kognitivna dezorganizacija, oslabljena pozornost, stereotipno mišljenje, težave v abstraktnem mišljenju).
3. Več študij kaže na korelacije med pomanjkljivim uvidom in bizarnim ter dezorganiziranim mišljenjem.

Poleg naštetega pri bolnikih s shizofrenijo, ki prejemajo nevroleptično terapijo, pogosto opažajo neuvidevnost za tardivno diskinezijo (1). Nevropsihološko gledanje je tudi najbližje podprto s študijami. Nekatere študije ugotavljajo splošno kognitivno prizadetost pri manj uvidevnih bolnikih (na primer nižji inteligenčni kvocient (3,8)). Kar praviloma pa je pri manj uvidevnih bolnikih prisotna okvara specifičnih, zlasti izvršilnih (eksekutivnih) funkcij, ki kažejo okvaro frontalnega režnja.

Te okvare odsevajo zlasti v slabih rezultatih na Wisconsinem testu sortiranja kartic (WCST) (3,7,8,11). Avtorji, ki niso našli povezave med nevropsihološkimi izpadi in slabim uvidom, niso uporabili tega testa (9,12,13). Za uspeh na testu je potrebna sposobnost procesiranja informacij in oblikovanja konceptov ter fleksibilnost abstraktnega mišljenja. Naloga pri testu je razvrščanje kartic, ki se razlikujejo po barvi, obliki in številu likov, v štiri skupine, ob tem pa preiskovancu ni znan princip razvrščanja in ga mora uganiti. Po desetih pravilno razvrščenih karticah preiskovalec princip razvrščanja zamenja. Bolniki s shizofrenijo imajo tudi sicer pri tem testu več težav kot zdravi preiskovanci. Ob umikanju psihotične simptomatike se rezultat na WCST sicer izboljšuje, vendar ostaja pri manj uvidevnih pacientih slabši v primerjavi z bolj uvidevnimi. To kaže, da gre vsaj del pomanjkljivega uvida bolnikov s shizofrenijo na račun okvare procesiranja informacij in s tem slabše sposobnosti ocenjevanja lastnega stanja.

Raziskave v zadnjih letih kažejo, da je ena od osnovnih motenj pri shizofreniji pomanjkljiv vpliv konteksta na bolnikovo reagiranje (14). Jensterle in sodelavci

(15) so opisali dva bolnika s shizofrenijo, ki sta bila normalno učinkovita na številnih testih ekzekutivnih funkcij (vključno z WCST), ki naj bi ugotavljali stanje frontalne skorje. Ti testi zahtevajo predvsem ohranjeno sposobnost inhibicije dominantnega (habitualnega) odgovora (npr. pri WCST sposobnost spremembe doslej pravilnega principa sortiranja kartic). Oba bolnika pa sta bila slabo učinkovita na prvem delu Haylingovega testa dopolnjevanja stavkov, ki zahteva od preiskovanca, da funkcionira znotraj danega konteksta.

Ohranjena sposobnost uvida predpostavlja, da oseba povezuje posamezna opažanja med seboj, da jih ne obravnava izolirano, ampak v določenem kontekstu. Glede na podatke iz zgornjega odstavka bi bilo mogoče pričakovati, da imajo bolniki s pomanjkljivim uvidom slabšo sposobnost funkcioniranja znotraj konteksta.

UVID IN PSIHOTIČNA SIMPTOMATIKA

Narava tega odnosa je še zelo nejasna. Omenjajo korelacijo neuvidevnosti s pozitivno, ne pa z negativno simptomatiko (7), pa tudi obratno (4); več skupin avtorjev zanika povezanost z globalno izraženostjo simptomatike (3,8,12). Našli pa so povezanost z določenimi simptomi (8). Spet drugi najdejo povezavo z globalno izraženostjo simptomatike (11). Gotovo pa je, da ni mogoče razlagati uvida zgolj s prisotnostjo blodnjavega doživljanja (3).

KLINIČNI POMEN POMANJKLJIVEGA UVIDA

Neuvidevni bolniki slabše sodelujejo pri zdravljenju (1,2) - ne samo pri jemanju zdravil, ampak na primer pri delovni rehabilitaciji, za katero so se odločili sami. Tudi sicer je pri slabšem uvidu sposobnost za delo slabša. Socialni stiki so šibkejši in splošni potek bolezni je manj ugoden. Vzrok za manj ugodno prognozo pa verjetno ni le pomanjkljiva motivacija za zdravljenje (8).

Hkrati pa ima morda pomanjkljiv uvid tudi protektivno vlogo. Manj uvidevni bolniki so pogosto dobro razpoloženi ali celo čustveno privzdignjeni; bolj uvidevni sicer bolje sodelujejo pri zdravljenju, hkrati pa so pogosto v večji psihični stiski (16).

POTREBE PO NADALJNJEM RAZISKOVANJU

Na področju bolezenskega uvida bolnikov s shizofrenijo je veliko nejasnosti. Ni razrešeno vprašanje povezave uvida z izraženostjo psihopatološke simpto-

matike; kaže, da so določeni simptomi z uvidom bolj povezani kot drugi. Ni povsem razrešen problem povezave uvida s splošno kognitivno sposobnostjo (na primer z inteligenčnim kvocientom). Zdi se, da je povezava uvida s specifičnimi nevropsihološkimi deficiti dokazana. Ni pa jasno, čemu bi lahko pripisali pomanjkanje uvida pri bolnikih brez izrazitega nevropsihološkega deficita. Skromno je obdelana časovna dinamika uvida.

PRAKTIČNI POMEN RAZISKOVANJA UVIDA

Sodelovanje bolnikov pri zdravljenju bi bilo mogoče izboljšati s povečanjem uvidevnosti do bolezni. Če je vzrokov za pomanjkljiv uvid več (na primer psihodinamski, nevropsihološki), je potrebno imeti na razpolago več različnih specifičnih strategij za izboljševanje uvida. Hkrati pa je potrebno vedeti, pri katerem bolniku bo določena strategija indicirana. Boljše razumevanje problematike uvida bi pomembno prispevalo tudi k boljšemu poznavanju shizofrenije.

LITERATURA

1. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Shizophr Bull* 1991; 17:113-32.
2. Amador XF, Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatr Q* 1993; 64:305-18.
3. Lysaker P, Bell M. Insight and cognitive impairment in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1994; 182:656-60.
4. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:826-36.
5. McEnvoy JP, Freter S, Everett G, et al. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177:48-51.
6. Jorgensen P. Recovery and insight in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 92:436-40.
7. Lysaker PH, Bell MD, Bryson G, Kaplan E. Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 97:297-301.

8. Lysaker P, Bell M, Milstein R, Bryson G, Beam-Goulet J. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry* 1994; 57:307-15.
9. David A, VanOs J, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight in psychotic illness. *Br J Psychiatry* 1995; 167:621-8.
10. Markova IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry* 1992; 160:850-60.
11. Young DA, Davila R, Scher H. Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1993; 10:117-24.
12. Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994; 20:359-66.
13. McEnvoy JP, Freter S, Merritt M, Apperson LY. Insight about psychosis among outpatients with schizophrenia. *Hosp commun psychiatry* 1993; 44:883-4.
14. Bosch RJ van den: Context and cognition in schizophrenia. In: Boer JA den, Westenberg HGM, Praag HM van, eds. *Advances in the neurobiology of schizophrenia*. New York: John Wiley & Sons, 1995: 343-66.
15. Jensterle J, Mlakar J, Vodusek DB, Frith C. Disorganisation in schizophrenia need not result from a defective supervisory system. *Cognitive Neuropsychiatry* (in press).
16. Roback HB, Abramovitz SI. Insight and hospital adjustment. *Can J Psychiatry* 1979; 24:233-6.